一般社団法人　東京都医療社会事業協会

学　生（D）会　員　入　会　申　込　書

一般社団法人　東京都医療社会事業協会　会長殿

貴協会に入会を申し込みます。

年　　月　　日

ふりがな		性別	女性　・　男性
氏　名		生年月日	年　　月　　日
自宅 住所		電話番号 ＦＡＸ	
学歴	学校・学部・学科までを記入してください。 年　　月　　高等学校卒業 年　　月 年　　月 年　　月		
在籍校名		専攻・学部	
在籍校の住所			
在籍校の種類	①社会福祉系４年制大学　②社会福祉系短期大学 ③社会福祉専門学校　④社会福祉専門学校（通信課程）		
在籍校電話番号		在籍校ＦＡＸ番号	
職歴	年　　月 年　　月 年　　月		
Ｅ－ｍａｉｌアドレス			
他職能団体の加盟（複数回答可）	①日本医療社会福祉協会　②日本社会福祉士会 ③日本精神保健福祉士会　③日本介護福祉士会 ⑤日本ソーシャルワーカー協会 ⑥その他（　　）		

理事 承認欄										

★ 学生会員は、１年度（４月～３月）ごとの加入となります。更新時の入会金は要りませんが、在学中は毎年度更新してください。
また、正会員、準会員への移行も、入会金は不要ですが、新加入と同じ手続きを必要とします。

一般社団法人　東京都医療社会事業協会　ＴＥＬ／ＦＡＸ　０３－５９４４－８９１２
ＦＡＸ　０３－５９４４－９７４５